



Herkkä troponiinitesti, hoitokäytännöt ja potilaan ennuste

Herkkä troponiinitesti (hs-TnT) otettiin käyttöön Tukholman Karoliinisessa sairaalassa vuonna 2010. Tuolloin pohdittiin, että herkempi menetelmä mahdollisesti johtaisi siihen, että useampia potilaita otettaisiin osastoseurantaan tai että sepelvaltimoiden varjoainetutkimuksia tai sepelvaltimotoimenpiteitä tehtäisiin aiempaa enemmän. Tutkimusryhmä tarkasteli neljän ensimmäisen vuoden aikana, miten uusi menetelmä vaikutti rintakivun vuoksi sairaalaan saapuneiden potilaiden osastolle ottamiseen, resurssien käyttöön ja ennusteeseen. Käyntejä rintakivun vuoksi oli yli 18 000. Rintakipuista otettiin tarkastelujakson lopulla osastolle noin 30 %, kun jakson alussa vastaava osuus oli noin 45 %. Vatsakipua tai hengenahdistusta valittaneiden potilaiden kohdalla ei osastolle otettujen osuudessa tapahtunut muutosta kyseisenä ajanjaksona. Jakson lopulla sairaalakäyntiä seuraavan vuoden aikana sepelvaltimoja kuvannettiin neljännes enemmän kuin aiemmin mutta sepelvaltimotoimenpiteiden määrä ei muuttunut. Tarkastelujakson lopulla rintakipupotilaista kuoli vuoden aikana sairaalakäynnistä 3,9 %, kun jakson alussa heistä kuoli 2,8 %. Sydänperäisten kuolemien määrä ei kuitenkaan lisääntynyt, vaan merkittävä lisäys johtui muista kuin sydänperäisistä syistä. (Bandstein N ym. *Int J Cardiol* 2017. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.04.028)

Sydämen vajaatoiminta – tarvitaanko moniammatillista työryhmää?

Israelissa tehdyssä tutkimuksessa seurattiin 1 360:tä sydämen vajaatoimintaa sairastavaa potilasta. Heidät jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen käytti tavanomaisia yleislääkäreiden ja erikoissairanhoidon palveluita. Toisessa ryhmässä moniammatillinen työryhmä koordinoi hoitoa, antoi potilaalle tietoa sairaudesta, seurasi sairauden oireita ja potilaan lääkähoidon toteutumista tarvittaessa lääkannostusta muuttaen. Potilaan painoa, verenpainetta ja syketaajuutta seurattiin etäyhteydellä.

Sairaalahoitoon päätyemisessä tai kuolleisuudessa ei ollut ryhmien välillä merkitsevää eroa viiden vuoden seuranta-aikana. Moniammatillisen ryhmän tuen saaneet kokivat terveydentilaan liittyvän elämänlaatussa paremmiksi ja masennusoireita esiintyi heillä vähemmän kuin vertailuryhmässä. (Kalter-Leibovici O ym. *BMC Medicine* 2017;15:90)

Vammapotilaan sukupuoli ja kuljetuksen kiireellisyys

Kohdellaanko miehiä ja naisia tasapuolisesti, kun vakavasti vammautuneen kuljetusta sairaalaan ratkaistaan? Asiaa selviteltiin Tukholman alueella sairaaloiden rekistereiden ja ambulanssitoiminnan seurantatietojen perusteella. Vakavasti vammautuneita miehiä oli tarkasteluajana 279 ja naisia 104. Kiireellisimpään ambulanssikuljetukseen päädyttiin miesten kohdalla lähes kolme kertaa todennäköisemmin kuin naisten, vaikka tarkastelussa huomioitiin tapahtumatiedot ja tapahtumapaikalla mitattu verenpaine, hengitystiheys ja tajunnantaso. Kuljetuksen kiireellisyydessä oli siis merkittävä ero, mutta muilta osin hoidossa onnettomuuspaikalla tai kuljetuksen aikana ei esiintynyt eroja.

Tutkijat pohtivat, että vakavan vamman aiheuttamat oireet ja löydökset voivat naisilla olla vähemmän selkeitä kuin miehillä ja johtaa siksi erilaiseen arvioon hoitoon siirtämisen kiireellisyydestä. (Rubenson-Wahlin R ym. *BMC Emerg Med* 2016;16:6 DOI 10.1186/s12873-016-0070-9)

Nuoret naislääkärit uupuvat ja masentuvat Ruotsissa

Naislääkäreiden pitkäaikaiset yli 90 päivän psyykkisestä sairaudesta johtuvat sairauslomamat ovat Ruotsissa lisääntyneet huomattavasti. Vuonna 2015 tällaisella sairauslomalla oli työelämässä mukana olevista naislääkäreistä 1,3 %, mikä on noin kolme kertaa enemmän kuin vuonna 2009. Etenkin nuoret naislääkärit uupuvat ja masentuvat. Taustalla on usein kokemus siitä, että hallinnolliset tehtävät vievät aikaa, taloudellisiin seikkoihin kiinnitetään paljon huomiota ja potilastyöhön ja potilaiden kohtaamiseen jää liian vähän aikaa. (Ström M. *Läkartidningen* 2017;114:EPCZ)



JUHANI JÄÄSKELÄINEN
Tampereen yliopisto